

意　見　書			
本人記載欄	住　所		
	氏　名		男・女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生	歳
医師記載欄	<p>上記の者は、令和7年12月31日現在下記の状態にあることを証明する。</p> <p style="margin-left: 40px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 100px;"><u>病院名</u></p> <p style="margin-left: 100px;"><u>医師名(署名)</u></p> <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> 身体障害者1級または2級に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 身体障害者3級から6級に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 知的障害者重度に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 知的障害者中度または軽度に準ずる状態 <input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク A に該当する <input type="checkbox"/> 障害高齢者日常生活自立度ランク B または C に該当する <input type="checkbox"/> 6カ月以上寝たきり(基準日12月31日までに) <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 II、IIa、IIb に該当する <input type="checkbox"/> 認知症高齢者の日常生活自立度 III、IIIa、IIIb、IV、M に該当する </div> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">※いずれか該当するところにレ点をつけてください。</p> <p>上記<input checked="" type="checkbox"/> の状況：</p>		

西東京市高齢者支援課認定相談係
〒188-8666 東京都西東京市南町5-6-13
TEL 042-420-2816